UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 109

# STASE CÆCALE

## ET PÉRITYPHLITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1922

PAR

Roger GUERIN

Né à Aigues-Vives, le 25 février 1896

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BÉZIERS

CROIX DE GUERRE (2 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, professeur, *Président.* ESTOR, professeur. RICHE, agrégé. ETIENNE, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

# STASE CÆCALE

## ET PÉRITYPHLITE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0162

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 109

# STASE CÆCALE

## ET PÉRITYPHLITE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Roger GUERIN

Né à Aigues-Vives, le 25 février 1896

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BÉZIERS

CROIX DE GUERRE (2 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

*Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

# PERSONNEL DE LA FACULTE

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Anatomie | MM. GILIS. |
| Histologie | VIALLETON. |
| | GRYNFELTT |
| Physiologie | HEDON. |
| Physique médicale | N... |
| Chimie biologique et médicale | DERRIEN, *doyen.* |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Anatomie pathologique | MASSABUAU. |
| Microbiologie | LISBONNE. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOSC. |
| Pathologie interne | N... |
| Thérapeutique et matière médicale | VIRES. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Médecine légale et toxicologie | N... |
| Clinique médicale | DUCAMP. |
| | VEDEL. |
| | TEDENAT. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE, *assesseur* |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET. |
| Clinique ophtalmologique | TRUC. |
| Clinique des maladies des enfants | N... |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR. |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU. |

## Honorariat

*Doyens honoraires:* MM. VIALLETON et MAIRET.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL

*Secrétaires honoraires:* MM. GOT et IZARD

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Anatomie | CRYNFELTT. |
| Clinique propédeutique de chirurgie | MM. RICHE. |
| Clinique propédeutique de médecine | RIMBAUD. |
| Clinique des maladies des vieillards | EUZIERE. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | MARGAROT |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN. |
| Pathologie chirurgicale | ETIENNE. |
| Accouchements | DELMAS (P.). |
| Pharmacologie | GALAVIELLE. |
| Matière médicale | CABANNES |
| Clinique des maladies des enfants | LEENHARDT. |
| Stomatologie | Dr WATON. |
| Histologie | Dr. GRANEL F. |

## Agrégés en exercice

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médecine | MM. LEENHARDT. | Chirurgie | MM. RICHE. |
| | GAUSSEL. | | ETIENNE. |
| | EUZIERE. | | LAPEYRE. |
| | RIMBAUD. | Accouchements | DELMAS (P.) |
| | MARGAROT. | Histoire natur. | GALAVIELLE |
| Anatomie | DELMAS (J.) | | CABANNES. |
| Chimie | MESTREZAT | Physique | PECH |

## Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, *président.*
ESTOR, professeur.
MM. RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE VÉNÉRÉ

A MA MÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

R. GUÉRIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARTHÈS

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ

R. GUÉRIN.

# *AVANT-PROPOS*

*Comme le voyageur qui se retourne, au sommet de la côte, pour revoir le chemin parcouru, nous éprouvons le besoin de jeter un regard en arrière avant de dire un adieu définitif et quelque peu mélancolique à notre vie d'étudiant, et nous nous plaisons à remercier tous ceux qui nous permirent d'arriver au but.*

*Notre pensée émue se porte d'abord vers nos parents: vers notre père, que la mort nous a enlevé au début de nos études, nous privant des précieux conseils de ce guide affectueux et sûr; son souvenir demeure gravé en nous et notre seule ambition est de suivre son exemple; vers notre mère, à qui nous devons tant, et qui reste l'objet de notre tendre et respectueuse affection. A tous deux nous dédions ce modeste travail, en témoignage de piété filiale.*

*La dette de reconnaissance que nous avons contractée envers ceux qui nous guidèrent dans nos études médicales est immense, et nous sommes heureux de rendre un hommage public à nos maîtres éminents de la Faculté de Montpellier.*

*Monsieur le professeur Forgue nous a séduit par sa maîtrise opératoire, l'élégance et la clarté de son enseignement, sa haute valeur scientifique, la bonté dont il fait preuve envers ses élèves. La faveur qu'il nous accorde en nous permettant de publier une observation de son ser-*

*vice, le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, nous touchent infiniment, et nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive gratitude.*

*Nous ne saurions oublier les médecins des hôpitaux de Béziers, qui ne nous ont témoigné que sollicitude et bienveillance durant nos deux années d'internat; ils ont contribué dans une large mesure à parfaire notre éducation clinique, et nous les en remercions bien sincèrement.*

*A Monsieur le docteur Barthès nous voulons dire le souvenir charmant que nous gardons de son commerce agréable, de sa cordialité, de sa grande bonté pleine d'indulgence; il reste pour nous le maître écouté qui a su nous initier à l'oto-rhino-laryngologie et nous faire aimer cet art; qu'il nous garde son amitié en échange de la sympathie et de la profonde affection que nous lui portons.*

*Nos remerciements vont enfin à Monsieur le docteur Roux, chef de clinique, qui a bien voulu nous aider de ses conseils amicaux pour la composition de cet ouvrage.*

# STASE CÆCALE

# ET PÉRITYPHLITE

## INTRODUCTION. — HISTORIQUE

De tous les états pathologiques susceptibles d'atteindre l'intestin, ceux qui frappent le cæcum et le colon ascendant offrent un intérêt tout particulier.

D'où le nombre de recherches et de travaux qui se sont succédés, depuis un demi-siècle, tant pour élucider les lésions anatomiques qui conditionnent la stase dans cette portion du tube intestinal, que pour fixer les moyens d'investigation les plus propres à en assurer le diagnostic, et les interventions permettant de faciliter ou de rétablir le courant normal des matières.

Depuis les travaux du professeur Albers, de Bonn, en 1838, et jusqu'en 1886, les crises douloureuses ayant pour siège la fosse iliaque droite étaient attribuées à la typhlite, c'est-à-dire à l'inflammation limitée du cæcum, paratyphlite quand l'inflammation n'intéressait que le tissu cellulaire péricæcal, pérityphlite lorsqu'elle s'étendait au péritoine avoisinant; et c'est ainsi que les anciens auteurs: Ménière, Husson, Grisolle envisagent la question.

En 1872 déjà, un médecin français, Mélier, avait établi nettement le rôle des lésions appendiculaires, et préconisé l'ablation de l'organe; mais ces notions nouvelles restent méconnues, et c'est de 1886 à 1892 que, sous l'influence des Américains: Sands, Fritz, Léwis, nous assistons à un brusque revirement, grâce auquel l'appendice devient le bouc émissaire toujours incriminé à propos des douleurs abdominales droites. Les travaux de Dieulafoy, Walther, Jalaguier, Talamon, en France, vulgarisent la question, précisent la symptomatologie, et contribuent fortement à faire admettre le traitement chirurgical.

Mais il ne saurait y avoir en médecine de remède unique, efficace dans tous les cas, et l'appendicectomie pratiquée à outrance ne tarde pas à donner des déboires. Aussi, devient-on plus éclectique durant ces dernières années: Tripier et Paviot, Walther, Dieulafoy tirent de l'oubli les périviscérites, épiploïtes et typhlocolites; plus récemment, Jackson, en 1909, décrit la membrane péricolique; Hofmeister, en 1911, la typhlectasie, et les mémoires de Lejars, Lane, J.-C. Roux, Duval, les communications de Delore et Alamartine, les travaux de Lenormant, Duval et Roux, Grégoire, Duroselle, de Martel et Antoine, sans atténuer l'importance des lésions appendiculaires, rendent aux affections du cæcum ascendant la place importante qu'elles doivent occuper dans le cadre de la pathologie.

La question, actuellement mise au point, est trop vaste et trop complexe pour que nous envisagions le projet d'étudier ici tous les syndromes inflammatoires et douloureux du segment iléo-cæcal en dehors de l'appendicite. Nous nous bornerons à étudier ceux qui sont sous la dé-

pendance d'une inflammation péricæcale, se traduisant en clinique par de la stase cæcale douloureuse.

Cette inflammation peut prendre le type aigu (observation première) ou le type chronique (observations II, III, IV, V).

## LE SYNDROME

Les symptômes observés au cours de la pérityphlite sont essentiellement sous la dépendance de la stase cæcale, et ce sont eux qui attirent tout d'abord l'attention du malade, soit qu'ils se manifestent comme une gêne, une sensation de tension dans la fosse iliaque droite, soit qu'ils s'accompagnent de crises paroxystiques plus ou moins violentes.

En même temps s'installent des troubles gastro-intestinaux diffus, capables de produire, par leur persistance, le tableau de l'intoxication générale, qui fait rarement défaut dans les cas chroniques.

La stase cæco-colique constitue le phénomène essentiel. La douleur dans la fosse iliaque droite est sourde, continue, avec irradiations dans le bassin et la cuisse droite, accompagnée de tiraillements dans les reins. Elle s'exagère dans la station verticale, pendant la marche, la course, et pendant la digestion cæcale. A la palpation, clapotage et gargouillement cæcal.

De temps à autre apparaissent des crises typiques, coïncidant avec une phase de rétention aiguë: souvent spontanées, elles sont parfois la conséquence d'une fatigue inaccoutumée, d'une secousse, d'un écart de régime.

Ces crises douloureuses, dont nous trouvons un exem-

ple typique dans l'observation première, due à l'obligeance de M. le professeur Forgue, peuvent s'accompagner de troubles généraux: frissons, maux de tête, température dépassant 39°; les nausées, les vomissements sont fréquents, le pouls s'accélère. Lorsque l'hyperesthésie cutanée et la défense musculaire ne sont pas trop marquées, on perçoit dans la fosse iliaque droite une tuméfaction profonde et élastique, correspondant au cæcum ballonné, tendu, ou qui se présente, au contraire, avec des bords diffus et empâtés. La constipation est absolue, jusqu'au moment où apparaît une abondante débâcle diarrhéique, contenant parfois des membranes, et souvent accompagnée d'émission de gaz.

Les symptômes gastro-intestinaux diffus, apanage des formes chroniques (obs. II, III, IV, V) consistent en anorexie et douleurs après les repas, flatulences et état nauséeux. La constipation est habituelle, les selles fréquemment muco-membraneuses.

Peu à peu, le santé générale se trouble: l'amaigrissement, l'anémie, quelquefois considérables, s'accompagnent de troubles nerveux et de neurasthénie; le teint est pâle, la peau flétrie, la nutrition générale est gravement altérée par les résorptions toxiques qui ont lieu au niveau du cæcum, et qui peuvent provoquer un début de cachexie.

L'examen aux rayons X de ces malades sera toujours d'un précieux secours, facilitant le diagnostic et donnant souvent une idée fort nette des lésions anatomiques et des troubles physiologiques; c'est, bien entendu, une radioscopie que l'on pratiquera de préférence.

Au point de vue anatomique, le patient en position debout, on perçoit le cæcum comme une masse volumineuse, sans contractions, et dont les dimensions sont augmentées dans les deux sens. L'organe est en position basse,

et son bas-fond, quittant la fosse iliaque droite, descend au-dessous du détroit supérieur; souvent, devenant horizontal, il vient se loger au-dessus et même derrière le pubis.

Dans le décubitus horizontal, le cæcum apparaît comme véritablement fixé et reste immobile si l'on surélève le siège, alors que par cette manœuvre le colon ascendant remonte de quelques centimètres et que l'angle colique droit s'ouvre et se déroule. En réalité, le cæcum reste immobile dans le petit bassin, ne subissant qu'une sorte d'allongement de ses parois.

Nous empruntons à l'excellente étude de MM. Th. de Martel et Ed. Antoine les renseignements donnés par l'examen du malade dont on retrouvera l'observation sous le n° III, à la fin de cet ouvrage.

« A la palpation, il est impossible de mobiliser le cæcum, ni de bas en haut, ni latéralement, et ces tentatives de déplacement provoquent des douleurs que l'on peut localiser sur le trajet du cæco-ascendant, et aussi tout autour. L'existence d'adhérences péricæcales, qui fixent et immobilisent le cæcum, est donc révélée par l'absence de mobilité cæcale à la palpation et par le changement de position du malade sous l'écran radioscopique. Enfin, toute tentative de mobilisation de ce segment réveille des douleurs plus ou moins vives dans toute la région du carrefour inférieur. »

Les indications d'ordre physiologique traduisent la stase des matières dans ce cæcum dilaté, ptosé et fixé, qui ne se contracte plus assez vigoureusement, et que le repas opaque remplit mal, donnant une image irrégulière et déformée, à bords empâtés et indécis.

## LES FORMES CLINIQUES

Comme toutes les inflammations segmentaires de l'intestin, et en particulier l'appendicite, les lésions de l'angle iléo-cæcal, revêtent deux grands types cliniques. les formes aiguës et les formes chroniques.

La forme aiguë, dont notre observation première offre un exemple remarquable, se caractèrise par un début assez brusque au cours d'une bonne santé apparente, sans prodromes qui aient pu attirer l'attention du côté intestinal. L'état général ne tarde pas à subir le contre-coup de cette rétention cæcale aiguë, et son atteinte se manifeste par la température élevée, les frissons et les maux de tête.

Localement, c'est un tableau de sub-obstruction cæcale qui se réalise: arrêt des matières et des gaz, tuméfaction douloureuse dont le centre répond au point de Mac Burney, sensation d'une cavité sous tension remplie de liquide, avec réaction péritonéale de voisinage. La crise dure quatre à cinq jours, et se termine par une débâcle diarrhéique abondante qui amène la disparition de la tumeur dans la fosse iliaque droite, et l'amélioration de l'état général. Ces crises se répètent, semblables les unes aux autres, à quelques jours d'intervalle.

Dans les cas chroniques, dont nous avons réuni quatre observations, nous trouvons des antécédents assez chargés du côté intestinal, mais le début atténué, léger, a per-

mis à ces malades de mener, parfois pendant plusieurs années, une existence presque normale et sans troubles accentués. Tout au plus accusent-ils une constipation quelquefois tenace et nécessitant l'emploi quotidien de laxatifs, une gêne douloureuse, sensation de tension ou d'encombrement dans la fosse iliaque droite, plus rarement de petites coliques cæcales, ces phénomènes se produisant surtout pendant la digestion. Les autres troubles digestifs, moins constants, consistent en anorexie, nausées parfois suivies de vomissements et symptômes de dyspepsie hypersthénique. Peu à peu, l'endolorissement intermittent fait place à une douleur sourde et continue, et, sous l'influence d'une fatigue inaccoutumée, d'un écart de régime, apparaît la première crise douloureuse, due à la rétention, et qui se termine après quelques heures ou quelques jours par l'évacuation abondante de matières et de gaz.

Dans l'intervalle des crises, le cæcum est perceptible, la palpation révèle de nombreux points douloureux dans la région appendiculaire, et peut déceler du clapotage.

L'évolution clinique est de longue durée; les troubles morbides du début: douleurs dans la fosse iliaque droite, troubles gastro-intestinaux s'effacent, lorsque la tumeur inflammatoire s'est constituée, devant les troubles mécaniques: syndrome d'occlusion incomplète, tuméfaction cæcale, constipation opiniâtre, puis débâcle. Dans de rares cas les phénomènes inflammatoires peuvent aboutir à la formation d'abcès péricæcaux et de fistules.

## LES LESIONS

La vérification opératoire des lésions, déjà indiquées par la radiographie, permet d'en faire une description d'ensemble, car elles se ramènent toutes au même type.

Une notion est capitale dans ce syndrome douloureux de la fosse iliaque droite : l'appendice est sain, sa cavité, ses parois sont normales, sans lymphangite ni folliculite, constatation qui permet d'écarter l'hypothèse d'une inflammation dont cet organe serait le point de départ.

Seul le cæcum est intéressé, et nous retrouvons dans toutes nos observations le même type anatomo-pathologique. Il est dilaté par suite de la rétention des matières, et il semble bien que les crises de sub-obstruction doivent surtout conditionner cette augmentation de volume d'un organe qui, normalement, ne garde que trois ou quatre heures le bol alimentaire. Il est ptosé, descendant au-dessous du détroit supérieur, et l'absence des contractions normales, constatée à la radiographie, prouve bien que les fibres musculaires de ses parois ont perdu de leur valeur. Enfin, il est fixé, et l'on trouve constamment une nappe d'adhérences entourant l'angle iléo-cæcal. Ces néo-membranes pariéto-intestinales d'origine inflammatoire tapissent la face antérieure du cæcum, tantôt le plaquant contre la paroi postérieure de la fosse iliaque

(obs. première), tantôt l'unissant à la paroi abdominale (obs. V), ou aux organes voisins (à la trompe dans l'observation III).

On conçoit aisément que le cæcum, entouré par ce gâteau inflammatoire, comprimé et plus ou moins replié sur lui-même, subisse des plicatures, des coudures et des torsions qui se prêtent mal au passage des aliments. L'appendice se trouve parfois inclus dans ces néo-membranes, mais, nous le répétons, c'est un appendice sain dans la grande majorité des cas, qui n'est atteint que par voisinage, et qui se trouve englobé par le processus inflammatoire, au même titre que les autres portions du segment iléo-cæcal.

La topographie de ces lésions : typhlite et périty phlite, nous permet de les différencier de celles qui frappent également le cæco-ascendant : appendicite, membrane de Jackson, cæcum mobile, coudures cæcales et péricæcales, occlusion ou obstruction des colons.

Nous ne citerons que pour mémoire l'appendicite, où l'appendice est le point de départ de la phlegmasie, pouvant aboutir à la suppuration et à des lésions périappendiculaires : péritonite plastique ou abcès. Le doute n'est pas possible dans ce cas, et il est facile de situer le siège maximum de l'inflammation.

La membrane de Jackson, décrite par lui en 1909, présente des caractères moins inflammatoires, puisque certains auteurs l'ont considérée comme une altération spéciale et primitive du péritoine. C'est une membrane en voile transparent, fin, strié de vaisseaux, avec de minces bandelettes fibreuses, plus rarement scléreuses, sans épaississements ni infiltration graisseuse ; on peut cependant trouver, entre la membrane et l'intestin, un liquide

œdémateux qui éveille l'idée d'un processus phlogistique récent. Cette péricolite se localise en général sur le segment colique ascendant, laissant libres le cæcum et l'appendice; elle se perd en arrière et en dehors sur le péritoine pariétal de la fosse iliaque, recouvre plus ou moins l'intestin et se continue avec l'épiploon. Elle constitue un sac péritonéal dans lequel le colon, à l'étroit, se plisse et se coude, produisant de la stase en amont.

Le cæcum possède normalement une certaine mobilité, et les auteurs allemands Wilms et Stierlin ont attiré l'attention sur les troubles que peuvent produire ses déplacements exagérés. Par suite d'un défaut d'accolement des mésos ou de la formation d'un méso-colon ascendant, le cæcum s'allonge, et ses moyens de fixation ne le maintenant plus, il occupe, sous l'influence des changements de position, les situations les plus diverses dans le bassin ou les fosses iliaques droite et gauche. Cette mobilité anormale, jointe à un certain degré d'insuffisance musculaire des parois cæcales, lui permet de se tordre sur lui-même, de se plicaturer, de se couder sur des brides, et l'on observe en un premier temps de la stase cæcale, en un deuxième temps de la distension aboutissant au gros cæcum atonique.

Enfin, si, par suite de lésions congénitales ou acquises, les angles hépatique et splénique, normalement fixes, subissent une ptose partielle ou totale, nous voyons se réaliser des coudures, des boucles, des sinuosités pouvant produire des accidents d'obstruction ou d'occlusion. Lorsque la ptose se généralise, le colon transverse descend dans la fosse iliaque droite, et cette disposition anatomique s'exagérant réalise un type fréquent: l'accolement en canons de fusil. L'angle colique droit se ferme

et des adhérences réunissent le cæco-ascendant au segment droit du transverse. On conçoit les troubles que peuvent apporter de telles malformations dans le transit intestinal.

En somme, toutes ces lésions déterminent bien de la stase cæcale, mais celle-ci n'est pas liée à une inflammation primitive du cæcum. Les lésions inflammatoires qu'on trouve au niveau de cet organe sont conditionnées alors par une cause mécanique première.

Ces types anatomo-pathologiques co-existent fréquemment sur le même sujet, formant des associations dans lesquelles il est difficile d'attribuer les faits cliniques à leur véritable cause; la réunion de l'appendicite et de la typhlite paraît être une des formes les plus habituellement observées.

## ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Une notion se dégage de cette étude de la pathologie du cæco-ascendant, c'est que, dans la majorité des cas de dilatation douloureuse du cæcum, la stase a été provoquée par une lésion mécanique : membrane de Jackson qui comprime le colon ou facilite sa coudure, torsion du cæcum, obstruction par ptose, au niveau des angles coliques par exemple.

Mais, en présence de cas comme les quelques observations rapportées plus loin, il semble qu'on puisse individualiser une affection qui se retrouve avec les mêmes lésions et les mêmes signes cliniques, et affirmer l'existence de la périty phlite pure.

Deux processus pathologiques différents paraissent pouvoir être incriminés, soit que l'infection causale ait eu son point de départ dans le cæcum, soit, au contraire, qu'elle ait débuté à l'extérieur, sous l'influence de lésions de voisinage.

Quand la lésion primitive débute dans les parois du cæco-ascendant, elle réalise une inflammation subaiguë ou chronique, primitive, répondant à la typhlite des anciens auteurs, typhlo-colite ou typhlite ptosique, selon la conception plus récente de Paul Delbet, et ce n'est que secondairement qu'elle donne lieu à de la périty phlite. Mais quelle est la cause déterminante de ce processus ?

Certains faits de constipation, causant par stagnation fécale et dilatation consécutive une exaltation de la flore bactérienne locale, peuvent être incriminés. Mais il faut plus souvent penser à une entérite muco-membraneuse, une ancienne dysenterie amibienne, ou à un reliquat de typhoïde ou para-typhoïde (G. Marchant). L'intestin peut présenter simplement de la typhlo-colite catarrhale due à la constipation, mais aussi des ulcérations de la muqueuse, et même des lésions infiltrées de la paroi intestinale, avec réaction péritonéale.

Dans d'autres cas, l'affection relève d'une infection péricæcale primitive, due à des lésions de voisinage, et retentissant secondairement sur le cæcum et le côlon ascendant; l'appendicite aiguë ou subaiguë ayant évolué vers un abcès appendiculaire ouvert et drainé, ou, au contraire, vers le refroidissement, est souvent en cause. En second lieu viennent les affections annexielles droites et la périmétrite, puis la périurétérite, les adénites pré et rétro-cæcales. La réaction péritonéale autour de l'organe malade se traduit par la formation de fausses membranes, qui limitent et endiguent l'infection, recouvrant en même temps le segment intestinal voisin. Plus tard, ces adhérences s'organisent, soudant plus étroitement entre eux les organes de la fosse iliaque droite et provoquant de la stase par leurs épaississements et leurs brides.

Notons enfin la fréquence des localisations péritonéales de la tuberculose et de la syphilis, capables de provoquer des périty phites et des péricolites.

Quel que soit le point de départ des lésions, la périty phlite est constituée, entraînant la stase des aliments qui séjournent durant un temps trop long dans le cæco-ascendant; la digestion cæcale se prolonge, la flore se

modifie, des fermentations et des putréfactions anormales peuvent se produire. L'organe qui a lutté un certain temps subit une paralysie réflexe de ses parois, et finit par se laisser distendre; le tableau se complète par ce cæcum fixé, ptosé et dilaté.

## DIAGNOSTIC

La connaissance plus complète des affections de la fosse iliaque droite permet actuellement au clinicien de ne plus poser à priori le diagnostic d'appendicite, en face de phénomènes douloureux de cette région. Certes, la distinction reste difficile; aussi, ne faut-il pas se contenter d'un symptôme isolé, mais tâcher de réunir un faisceau de signes qui permettront seuls de fixer à coup sûr la ligne de conduite thérapeutique.

Les éléments du syndrome sont les crises douloureuses à maximum siégeant aux environs du point de Mac Burney, la stase cæcale produisant pendant les crises une tumeur volumineuse typique; enfin la radioscopie, qui donnera souvent des renseignements de la plus grande valeur. En dehors des paroxysmes, les notions de constipation chronique, de douleurs pendant la digestion cæcale, ne fourniront que peu de précisions.

Le diagnostic se fera surtout au cours de la crise caractérisée par son apparition brusque, le ballonnement de l'abdomen avec nombreux points douloureux, l'émission terminale de matières liquides et de gaz. L'attention sera d'abord attirée du côté de l'appendice, dont l'inflammation chronique occasionne des troubles gastro-intestinaux fréquents: troubles dyspeptiques, langue sa-

burrale, anorexie et pesanteur après les repas, alternatives de diarrhée et de constipation, entérite simple ou entéro-colite muco-membraneuse. Les douleurs siègent dans le flanc droit, irradiant dans l'hypocondre ou la région lombaire, parfois le long du sciatique. Contrairement à ce qu'on observe dans les cas de périty phlite chronique, la fièvre est fréquente; le point douloureux unique, bien que variable avec la situation de l'appendice, l'hyperesthésie de la peau et la contracture de la paroi sont très marquées; enfin, la crise, qui ne se termine pas par une débâcle pathognomonique, laisse en général après elle un plastron induré, volumineux et douloureux. La radiographie, qui ne donne que peu de résultats en cas d'appendicite, sera, au contraire, précieuse, en montrant, après le repas opaque, la ptose de ce cæcum fixé et dilaté.

On arrivera plus difficilement à éliminer les troubles fonctionnels du colon proximal: constipation simple, indigestion cæcale, typhlo-colite glaireuse, cæcalgie traduisant un réflexe douloureux à distance, aérocolie droite ou accumulation d'ascaris, gros cæcums indolores d'origine congénitale ou répondant à un spasme ou à un néoplasme. Ces affections traduisant des troubles fonctionnels demandent, pour être différenciées de la périty phlite, un examen complet du malade, l'étude approfondie de l'affection et de son évolution, radioscopie à l'appui, le diagnostic restant malgré cela très difficile.

La coudure de Lane, la contracture spasmodique de la terminaison de l'iléon provoquent de la stase iléale, et des troubles douloureux dont il faudra préciser le siège par la palpation et la radiologie.

Mentionnons également les accidents douloureux hépatiques. colique hépatique et cholécystite avec poussées

inflammatoires, les affections rénales droites: lithiase, rein mobile, hydronéphrose; les lésions salpingo-ovariennes droites, la tuberculose péritonéale et les tumeurs de la fosse iliaque droite.

On se rappellera enfin que la périty phlite peut ne pas débuter dans les parois du cæcum et ne constituer que les séquelles d'un processus inflammatoire de voisinage, l'affection secondaire évoluant pour son propre compte après la guérison de la lésion primitive.

## TRAITEMENT

Nous venons de voir que l'appendicite chronique est loin de résumer toute la pathologie de la fosse iliaque et du flanc droits, et si l'ablation de l'organe pratiquée systématiquement guérit d'emblée les malades atteints d'appendicite, elle ne fait qu'améliorer dans une certaine mesure ceux qui présentent des lésions associées, laissant la totalité de leurs troubles aux porteurs d'affections cæcales et péricæcales.

D'après les statistiques d'appendicectomies d'Enriquez et Gibson, nous relevons, dans 25 et 40 p. 100 des cas, la persistance ou la réapparition des accidents, et nous-même constatons dans deux des observations citées plus loin (obs. II et III) que semblable opération n'a pas donné de résultats satisfaisants.

L'ablation de l'appendice se montrant insuffisante lorsque cet organe n'est pas seul en jeu, quelle sera la conduite à tenir?

Il est permis d'envisager un traitement médical pour les cas légers où la stase est peu marquée et la constipation inconstante, en l'absence de crises et de troubles généraux. C'est alors qu'un régime évitant fermentations et putréfactions, une sangle abdominale, des toniques trouveront leur indication; on combattra l'élément douleur par le repos, les compresses ou les bains chauds,

la haute fréquence; tels sont les points essentiels du traitement, qui sera avantageusement complété par une cure à Plombières ou à Châtel-Guyon.

Mais l'intervention s'impose en présence de lésions anatomiques organisées et définitives,: avec phénomènes d'auto-intoxication, intervention qui ne donnera tous ses résultats qu'associée à un traitement médical dûment conduit et continué.

En cas de crise, on laissera refroidir, comme dans l'appendicite, en instituant le repos, la diète, la vessie de glace. La lésion une fois refroidie, le chirurgien devra choisir entre plusieurs interventions:

1° Les destructions d'adhérences, avec libération des anses.

2° Les dérivations de matières avec ou sans exclusion.

3° Les dérivations avec ou sans résection.

1° Destruction d'adhérences et de brides avec libération des anses. A première vue, ces opérations paraissent rationnelles et très défendables, puisqu'elles suppriment l'obstacle et la cause de la stase. Les adhérences sont rompues soit au doigt, soit à la sonde cannelée ou avec tout autre instrument, en allant de dehors en dedans, et l'on prend soin de réséquer toutes les brides, tous les tractus, pour rendre à l'intestin sa liberté complète.

Les résultats immédiats sont toujours bons; nous voyons, dans les observations III et V, que les troubles locaux se sont amendés ou ont disparu, que l'état général s'est amélioré.

Les résultats éloignés sont parfois très satisfaisants, et Pierre Duval cite trois opérés chez lesquels ils persistent depuis plusieurs années. Hofmeister, Crossen, Grégory Connel rapportent aussi des cas de guérison. Par contre, nombre d'auteurs signalent la réapparition des

troubles peu de temps après l'opération (voir nos observations III et V), et il semble bien que la section des brides soit souvent insuffisante, de nouveaux accolements se faisant fréquemment au niveau des surfaces cruentées. On a préconisé, pour éviter cet inconvénient, la position déclive après l'opération, les greffes épiploïques, les applications de vaseline, tous procédés qui ne paraissent guère entraver le travail de prolifération de l'épiploon et du péritoine.

Cette destruction des adhérences, facile et présentant peu de dangers opératoires, est loin d'être parfaite quant aux résultats, et nous croyons, avec Crossen et la majorité des chirurgiens, qu'elle doit être exclusivement réservée aux cas simples, pour céder le pas à des interventions plus complètes en cas de brides étendues et résistantes.

2° La dérivation est alors le procédé de choix.

L'iléo-transversostomie, préconisée par Wilms, pratiquée par de Quervain et Stierlin, présente une gravité opératoire réduite; les résultats semblent excellents: un mois après l'opération, les selles se sont rétablies, normales, spontanées et abondantes; on constate à la radioscopie le fonctionnement régulier de l'intestin, cette guérison persistant après plus d'une année (de Quervain).

Avec les auteurs cités plus haut, Delbet et Alglave accordent à cette intervention l'avantage de conserver une partie importante du gros intestin, ce qui n'est pas absolument inutile dans la digestion; de plus, la diarrhée, qu'ils considèrent comme fréquente dans l'iléo-sigmoïdostomie, serait évitée. Un grave inconvénient, sur lequel Lance a insisté dans sa thèse: « Si on fait, dit-il, l'abouchement de l'iléon sur le colon ascendant ou sur le colon transverse, la pesanteur peut agir, les matières déjà

moins lancées dans un segment intestinal peu contractile pourront retomber dans le cæcum ». Telle est aussi l'opinion de Delore et Patel; de Quervain et Delbet constatèrent également ce reflux et durent faire, en plus de l'anastomose, la résection du cæcum et du colon ascendant, qui leur donna d'ailleurs des résultats favorables.

L'iléo-sigmoïdostomie est d'une pratique beaucoup plus courante; c'est Mansell-Moulin qui l'exécuta à Londres en 1900 pour la première fois. Faut-il la faire simple ou avec exclusion?

Iléo-sigmoïdostomie simple. Mansell-Moulin l'a pratiquée dans six cas qu'il publie en 1909 avec bons résultats. Tesson, d'Angers, a obtenu une guérison. De même, M. Guillot, du Havre, lui doit cinq guérisons de stase et Souligoux, son rapporteur à la Société de chirurgie, préfère l'iléo-sigmoïdostomie simple à l'anastomose avec exclusion. M. le professeur Forgue exécute volontiers cette opération en cas de stase cæcale, et c'est à elle qu'il doit, entre autres résultats très satisfaisants, la guérison complète et durable de la malade citée plus loin (obs. première).

Il est admis aujourd'hui, et la radioscopie a démontré que cette simple anastomose n'exclue pas le gros intestin et ne dérive pas la totalité des matières en l'absence d'un obstacle s'opposant à leur cours normal. Les divers procédés proposés comme devant réaliser une dérivation complète: rétrécissement valvulaire de l'iléon (Nanotti), plissement des extrémités (Mosetig-Moorhof), création d'une valvule par invagination (Marro, Kellogg) n'ont pas donné satisfaction. Cependant, une disposition anatomique se réalise après toute iléo-sigmoïdostomie, qui doit favoriser l'exclusion du gros intestin: Obalinski, Delore et Patel ont constaté que la portion terminale de

l'iléon se rétracte et se rétrécit; de même, Sorrel cite dans sa thèse un cas où il a observé à l'autopsie la même atrophie.

Quoi qu'il en soit, et sans vouloir préjuger de la dérivation plus ou moins absolue des matières en cas d'iléo-sigmoïdostomie simple, nous devons constater que cette anastomose donne des résultats parfaitement satisfaisants et durables, en créant une sorte de soupape de sûreté qui empêche la stase et permet l'évacuation des matières au lieu de les laisser s'accumuler dans le cæcum.

L'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du côté cæcal a été fréquemment exécutée et Lane en a fixé le premier la technique; la section de l'iléon doit porter non loin du cæcum; quant à l'abouchement, c'est un point de l'intervention qui reste très discuté.

Les uns, avec Franke, Segond, pratiquent l'anastomose le plus haut possible pour éviter la diarrhée consécutive; c'est là également l'avis de Delbet: « L'iléo-sigmoïdostomie, dit-il, expose à la diarrhée permanente ». Telle n'est pas l'opinion de Lance, Nannote et Druebert: ces auteurs ont constaté, au cours de leurs expériences, la réapparition rapide des selles solides et admettent la résorption de l'eau du chyme, soit dans la portion du gros intestin située au-dessous de l'anastomose, soit dans le colon par suite du reflux.

Hartmann partage cette manière de voir: « On a dit que l'iléo-sigmoïdostomie exposait à la diarrhée continue; mais il y a là, à mon avis, une exagération, et si, dans les obstructions chroniques, la diarrhée est la conséquence habituelle de l'iléo-sigmoïdostomie, il n'en est pas de même après la même opération faite pour stase iléale ». Lane ne croit pas non plus à la persistance des selles liquides et fait l'implantation le plus bas possible

sur le rectum, en augmentant l'angle recto-sigmoïdal pour éviter le reflux. Telle est l'opinion de M. le professeur Forgue, qui a vu la diarrhée cesser spontanément au dixième jour chez l'opérée de son service (obs. première). Les résultats immédiats sont en général très bons : disparition de la constipation et des signes d'auto-intoxication, augmentation du poids, retour à la santé.

Mais le gros intestin est-il vraiment exclu par cette opération ? Terrier et Gosset, Lecène, Lejars et Mauclaire ont presque toujours constaté le reflux, et M. Souligoux disait en 1913 à la Société de chirurgie : « Le fécalome est une complication de l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du cæcum », Divers procédés tentent de le supprimer.

L'exclusion bi-latérale fermée est aujourd'hui universellement condamnée. La cæcostomie et l'appendicostomie, pratiquées pour des accidents de reflux, laissent une infirmité gênante et doivent être proscrites.

La double implantation de l'iléon dans l'anse sigmoïde, préconisée en 1904 par Monprofit, d'Angers, est actuellement délaissée.

3° Restent les colectomies, pratiquées parfois comme opérations complémentaires en cas de reflux gênant ou de fécalome ; elles ont été souvent exécutées par Lane, qui n'enlevait, au début, que les colons ascendant et transverse ; Delbet préfère réséquer tout le gros intestin, jusques, et parfois même y compris, l'anse sigmoïde, et il estime que c'est là, dans certains cas, l'opération de choix. D'autres auteurs l'ont faite : de Quervain, E.-A. Hall, Lowenstein, Pouchet ; Lane la pratiquait systématiquement dans tous les cas où la simple libération des brides ne suffisait pas.

Les résultats publiés semblent bons : Chapple n'a eu qu'une mort sur seize cas, Ito et Soyesiuce publient qua-

torze bons résultats sur vingt et un cas; d'autres statistiques sont moins bonnes, donnant une mortalité de 33 p. 100 (Lane) et même 48 p. 100 (Lowenstein). D'autre part, il y a souvent, au dire de Lane, des adhérences secondaires entre l'intestin grêle et les parois de l'abdomen qui causent de la douleur et constituent des dangers d'occlusion; de même, Pauchet constata respectivement dans ses trois cas une persistance des troubles fonctionnels, une sensation de ballotement pénible, une induration au niveau de l'ancienne insertion des méso-colons ascendant et descendant, qui dura plusieurs semaines et nécessita le repos au lit.

Toujours est-il que la colectomie est une opération infiniment plus sérieuse que la simple iléo-sigmoïdostomie; elle n'est possible que sur des malades encore résistants et l'inconstance de ses résultats est désormais reconnue. En somme, on en revient aujourd'hui, après l'élan de ces dernières années pour les ectomies, aux procédés de dérivation moins choquants. L'iléo-sigmoïdostomie, soit simple, telle que la pratique M. le professeur Forgue, ou bien avec exclusion unilatérale accompagnée ou non de l'augmentation de l'angle sus-jacent recto-sigmoïdien, paraît être l'opération de choix en cas d'adhérences enveloppant le segment iléo-cæcal. Les recherches récentes sur le rôle du gros intestin dans la digestion ont montré qu'il était à peu près nul: c'est un organe d'évacuation et cette donnée concorde avec le fait que la diarrhée persistante post-opératoire, loin d'être une règle absolue, disparaît en général spontanément, laissant un intestin physiologiquement normal.

Ajoutons que, quelle que soit l'intervention pratiquée, on fera toujours une appendicectomie comme mesure prophylactique.

# OBSERVATIONS

## Observation Première

Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue

Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui entre en novembre 1921 dans le service de M. le professeur Forgue, pour accidents inflammatoires aigus de la fosse iliaque droite.

Cette femme avait toujours présenté une santé excellente, avait eu six enfants, actuellement bien portants, et n'avait jamais présenté d'accidents, soit du côté de son intestin (selles régulières, dit-elle, pas de constipation), soit des autres appareils.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite, apparues progressivement et d'intensité très modérée, mais surtout coïncidant avec un état général très troublé: des frissons, de la température à 39°3 et 39°5, des maux de tête. Le cours des matières est arrêté; cet état dure cinq jours sans que se soit produit un vomissement.

Mlle le docteur Rocca, appelée, fit appliquer des Priesnitz. Au cinquième jour, une débâcle diarrhéique se produit et tout rentre dans l'ordre.

Pendant son séjour à l'hôpital, d'autres crises semblables se sont produites, et nous avons pu observer la suc-

cession de tous les phénomènes signalés par la malade et son médecin, et concurremment étudier les modification que présentait la fosse iliaque droite. Aussitôt la crise déclanchée, la fosse iliaque droite se tend et devient douloureuse. Elle est le siège d'une tuméfaction soulevant les téguments, ayant pour centre le point de Mac Burney, dont le bord supérieur atteint l'horizontale ombilicale, et l'inférieur arrive à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale; en dedans elle ne dépasse pas la ligne médiane; en dehors, elle atteint l'épine iliaque antéro-supérieure.

Les bords sont irréguliers, diffus et imperceptibles; l'ensemble, en effet, est empâté, mais ne présente pas les caractères d'un gâteau péritonéal. On a l'impression, au contraire, d'une cavité sous tension remplie de liquide, avec réaction péritonéale de voisinage. Un peu sonore à sa partie inférieure, elle est franchement mate dans ses trois quarts supérieurs. Enfin, elle présente du contact lombaire, du ballottement antéro-postérieur et de la mobilité transversale. Cet état dure quatre jours et demi, au cours desquels il n'y a pas eu de selle, et, dans la nuit du quatrième au cinquième, une débâcle diarrhéique abondante provoque l'affaissement de la tuméfaction iliaque et la disparition des phénomènes généraux. Les selles, adressées au laboratoire, n'offrent rien de particulier: pas de pus, pas de crochets.

On perçoit seulement dans la fosse iliaque une sorte de tractus très peu douloureux, irrégulier, allongé dans le sens vertical, paraissant se perdre dans la région sous-hépatique.

Dans la suite, d'autres crises, en tous points semblables, apparaissent à quelques jours d'intervalle.

L'analyse des urines est normale.

La recherche de l'azotémie indique 0,33 d'urée par litre de sérum.

Intervention le 10 décembre 1921, sous rachianesthésie à la syncaïne (M. le professeur Forgue).

Incision de Jalaguier très allongée en haut. On trouve une nappe d'adhérences pariéto-intestinales tapissant la face antérieure du cæcum, recouvrant l'angle iléo-cæcal et plaquant l'ensemble contre la paroi postérieure de la fosse iliaque. L'appendice est inclus dans des adhérences et se trouve en position terminale par rapport au cæcum, sa pointe étant tournée en dehors, mais il ne paraît pas siéger au centre du foyer inflammatoire; il n'y avait aucune trace d'abcès. Il semblait, au contraire, avoir été englobé dans le processus inflammatoire au même titre que les autres parties du segment iléo-cæcal.

Libération des adhérences à la sonde de Kocher et aux ciseaux.

Appendicectomie.

Iléo-sigmoïdostomie.

L'appendice est court, mais ses parois ne portent aucune trace de lésions inflammatoires suffisamment nettes pour expliquer l'étendue du foyer.

Pendant dix jours, selles fréquentes et diarrhéiques dues à l'iléo-sigmoïdostomie, qui disparaissent spontanément. La malade va très bien, les phénomènes de stase et les accidents inflammatoires n'ont pas reparu. Elle a sensiblement engraissé (5 kilos en un mois et demi). La malade a été revue en juin 1922, six mois après l'opération: l'amélioration persiste et l'état général demeure bon.

### Observation II

Th. de Martel et Ed. Antoine (résumée)

Ptose cœcale non réduite. Dilatation cœcale et adhérences avec troubles mécaniques légers pris pour de l'appendicite chronique, et persistant après l'appendicectomie.

M. de G..., 27 ans, officier. Depuis l'âge de 17 ans, migraines et constipation légère. Par intervalles, crises douloureuses atténuées dans la fosse iliaque droite, ne laissant aucun trouble. On porte le diagnostic d'appendicite chronique, et en 1914, à l'occasion de l'extraction d'un shrappnell dans la paroi abdominale, on lui enlève l'appendice, sain en apparence. Pas d'amélioration. Apparition de troubles de dyspepsie hypersthénique, améliorés par le traitement (régime, belladone paraffine). Les crises douloureuses surviennent pourtant à de rares intervalles. Brusquement, une heure après le déjeuner de midi, il survient une douleur brusque comme un coup de poing dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite, une sensation de gonflement à ce niveau, avec crampes douloureuses. Après s'être étendu quinze à vingt minutes, tout rentre dans l'ordre. Les selles sont à peu près régulières, mais trop abondantes et pâteuses (deux selles à type cæcal dans vingt-quatre heures).

A l'examen physique et radioscopique, on trouve un cæcum bas situé, juxta-pubien, fixé, dilaté, tendu, tympanique et gargouillant. Des points douloureux multiples sont réveillés autour du cæcum et à son niveau.

### Observation III

Th de Martel et Ed. Antoine (résumée)

Périviscérite du carrefour inférieur avec ptose et dilatation douloureuse du cœcum. Aucun changement par l'appendicectomie. Plus tard, amélioration temporaire par libération des adhérences et cœco-plicature.

Mme M..., 32 ans: constipation habituelle opiniâtre depuis l'âge de 10 ans, nécessitant l'emploi quotidien de laxatifs.

A 22 ans s'ajoute une gêne douloureuse dans le côté droit. Appendicectomie. Consécutivement, les douleurs augmentent: coliques, sensation de torsion, de poids dans la région abdominale droite, avec irradiations vers la cuisse. On sent dans le Douglas une tuméfaction douloureuse, et plusieurs chirurgiens pensent à de la métrite, puis à de la salpingite droite.

Plusieurs traitements à Luxeuil et Saint-Sauveur restent sans résultats.

En 1919, examen radioscopique révélant un cæcum dilaté, ptosé dans le bassin et fixé.

Intervention par le docteur Abadie, d'Oran, qui trouve un cæcum dilaté et ptosé (c'est lui qu'on percevait dans le Douglas); il détruit les adhérences péricæcales qui unissaient en particulier le cæcum à la trompe. Cæcoplicature.

Amélioration très sensible, disparition des douleurs, mais persistance de la constipation.

En juin 1921, réapparition de pesanteur et de douleurs dans la fosse iliaque droite. La radioscopie montre un cæcum juxta-pubien gros, peu mobile, légèrement douloureux dans son ensemble. La cæcoplicature paraît donc

avoir lâché. La stase stercorale cæco-ascendante est très marquée: quarante-sept heures après le repas opaque, le cæco-ascendant est encore plein.

### Observation IV

Delore et Alamartine (résumée)

B..., cultivateur, 40 ans. Sans troubles aigus, il maigrit depuis douze ans, parce qu'il réduit son alimentation. Chaque période digestive ramène, en effet, des crises de coliques dans la fosse iliaque droite. Vomissements fréquents.

A l'examen, point douloureux dans la région de l'appendice; un peu plus bas, clapotage.

Intervention le 20 novembre 1919. On trouve une cavité péritonéale avec un peu d'ascite, un appendice très long enfoui dans des adhérences, mais paraissant sain. Ablation sous-séreuse. Cæcum sain. Le bord externe du colon ascendant est plissé immédiatement au-dessus de l'embouchure iléo-cæcale par des adhérences anciennes et serrées, dues sans doute à une ancienne appendicite. Pas d'autres lésions.

Dérivation par iléo-colostomie. Guérison définitive.

### Observation V

J. C. Roux (résumée)

Mlle L..., 30 ans. Vue pour la première fois en mai 1905. Jusqu'à l'âge de 27 ans, bonne santé parfaite. Depuis, douleurs épigastriques sans vomissements ni diar-

rhée. Selles quotidiennes. Sensation d'encombrement dans le côté droit et douleurs coïncidant avec une constipation absolue, puis débâcle.

Le cæcum est perceptible et non contractile, l'estomac ptosé au-dessous de l'ombilic. Fétidité de l'haleine, langue saburrale.

Les crises douloureuses persistent. En février 1906, une crise plus forte durant sept heures est suivie d'une débâcle diarrhéique. Ni fièvre, ni vomissements, ni douleur au Mac-Burney. Pendant 1906-1907, pas d'amélioration malgré les régimes.

Intervention par Delagenière le 23 janvier 1907. Appendice sans traces d'inflammation récente, contenant un calcul dur; son extrémité adhère au cæcum. Adhérences nombreuses au-devant du cæcum, le rattachant à la paroi abdominale: on les déchire au doigt.

En novembre 1907, amélioration notable sans disparition complète des troubles.

En juin 1908, tous les malaises sont revenus. On trouve de l'indican dans les urines.

Opération le 15 février 1910 par Delagenière. On trouve un colon transverse avec des adhérences assez considérables, un cæcum libre où on voit la trace cicatricielle des adhérences déchirées lors de la première opération. Sur le colon ascendant, au-dessus du point où l'on était intervenu, adhérences paraissant venir de l'épiploon et soudant les colons ascendant et descendant sur une étendue de cinq centimètres. Section des adhérences.

Suites normales. Grosse amélioration. Constipation diminuée d'intensité.

## CONCLUSIONS

I. — L'appendicite ne conditionnant pas tous les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite laisse une place importante aux affections mécaniques ou inflammatoires du cæcum et du colon ascendant, et parmi elles il semble qu'on doive accorder à nouveau une importance plus grande à la périty phlite des anciens auteurs, qui constitue un type bien individualisé.

II. — Cette affection est caractérisée essentiellement par la stase cæcale avec crises douloureuses abdominales droites, répondant à un état de subobstruction et de rétention aiguë: localement on perçoit le cæcum ballonné et distendu, qui forme une tuméfaction volumineuse s'effaçant lors de la débâcle diarrhéique qui marque la fin de la crise. Les symptômes gastro-intestinaux diffus et les troubles de l'état général dus à l'auto-intoxication complètent ce tableau dans les cas chroniques.

III. — Cliniquement, on observe deux formes: la forme aiguë, sans troubles intestinaux antérieurs; la forme chronique, caractérisée par la constipation et des phénomènes généraux d'intoxication; dans les deux cas, des paroxysmes douloureux appelant l'attention sur le cæcum.

IV. — Les lésions anatomiques consistent essentiellement en adhérences et brides qui fixent le cæcum; elles sont constamment d'origine inflammatoire, à l'inverse des autres affections du cæco-ascendant, qui relèvent en général de troubles mécaniques. Par paralysie réflexe de ses parois, le cæcum se laisse dilater et présente de la ptose.

V. — Cette périty phlite est sous la dépendance d'une inflammation ayant comme point de départ:

Soit la cavité cæcale et les parois du cæcum (typhlite pure);

Soit les lésions des organes avoisinants, qui retentissent secondairement sur l'angle iléo-cæcal.

VI. — Le diagnostic, toujours difficile, reposera sur la notion de constipation et de troubles digestifs, mais surtout sur la constatation de crises douloureuses de rétention avec débâcle, et sera étayé par un examen radioscopique attentif.

VII. — L'intervention devient une nécessité en cas d'échec du traitement médical: on pratiquera de préférence une iléo-sigmoïdostomie, soit simple, soit avec exclusion unilatérale. Cette opération donne de bons résultats avec un minimum de mortalité.

## BIBLIOGRAPHIE


Alglave. — Recherches expérimentales sur l'exclusion, la résection du gros intestin et l'anastomose iléo-sigmoïdienne. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale,* n° 1, février 1907.

Chalier. — Lésions cæco-coliques dans l'appendicite chronique. Leur importance pathogénique et thérapeutique. Soc. de chir., 29 mars 1922.

Chapple. — Chronic intestinal stasis treated by short circuiting or colectomy. *British med. journ.,* 22 avril 1911.

Crossen (H.-S.). — Membraneous pericolitis. *Surg. gyn. and obst.,* juillet 1911.

Delbet. — La typhlite ptosique. *Sem. médicale,* 1905.

Delore et Alamartine. — Deux cas de sténose sus-cæcale avec péricolite mebraneuse. *Rev. de chir.,* 1912.

Dumas. — Colectomie pour stase intestinale chronique. Soc. de chir., 31 janvier 1922.

Duval. — A propos de la péricolite membraneuse. *Arch. des mal. de l'app. digestif,* mai 1910, p. 252.

Duval (Pierre) et Roux (J.-Ch.). — Les altérations du colon droit et la constipation cæcale. *Arch. des mal. de l'app. digestif,* 1914.

Flint (Joseph-Marshall). — Embryonic bands and membranes about the cæcum. *John Hopkins hospital bull.,* octobre 1912, vol. 23.

Grégoire. — Péricolite membraneuse et appendicite chronique. *Arch. des mal. de l'app. digestif,* mai 1919.

Hartmann. — Sur la typhlo-sigmoïdostomie. *Bull. de la Soc. de chir.,* 3 juin 1913, n° 20. Séances du 28 mai et 1er juillet 1913. Séance du 15 juin, p. 999.

Hofmeister. — Uber typhlectasie chronische perityphlitis. *Beitr. z. Klin. chir.,* 1911.

Jackson. — Membraneous pericolitis. *Surg. gyn. and obst,* septembre 1919 et *in Sem. méd.,* 1910, p. 54.

Lance. — Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin. Thèse de doctorat, Paris, 1903.

Lane (Arbuthnot W.). — An chronic obstruction of the cæcum and ascending colon. *Lancet,* 1903, t. I.

— Chronic constipation and its medical an surgical treatment. *British med. journ.,* 1905, p. 700-702 et *Lancet,* 1905, p. 795-797.

— Clinic intestinal stasis. *New-York med. journ.,* 1912, p. 176.

Lejars. — Typhlite. *Semaine médicale,* mai 1916.

Lenormant. — La péricolite membraneuse. *Presse médicale,* 8 mars 1913.

Mansell-Moulin. — Iléo-sigmoïdostomie pour guérir la constipation invétérée. *Lancet,* 1909, n° 4455, 16 janvier.

Martel (de) et Antoine (Ed.). — Les fausses appendicites. Maloine, Paris, 1922.

Mauclaire. — Péricolites membraneuses; anastomose iléo-transverse. *Progrès médical,* mars 1913.

Monprofit. — Chirurgie du gros intestin. Paris, 1904.

— De la cæco-sigmoïdostomie. XXIIe Congrès de l'Ass. française de chirurg., 1909, *in Journ. de chir.,* 1909, t. II, p. 557. Société de chirurgie de Paris, séance du 28 mai 1913, p. 871.

Pauchet (d'Amiens). — Traitement de la stase intestinale chronique, trente-trois anastomoses, trois résections du gros intestin. *Bull. de la Soc. de chirurg. de Paris,* 22 juillet 1913, n° 27. Séance du 16 juillet 1913, p. 1144.

Quervain (de). — XI Congrès de la Soc. de chir. Berlin, 19-22 avril 1911. *In Revue de chirurg.,* janvier 1912, n° 1.

Roux (J.-Ch.). — Constipation cæcale. *Arch. de l'app. digestif,* 1910.

Sorrel. — La stase intestinale chronique. Paris, 1914.

Wilms. — Appendicite chronique et cæcum mobile. *Arch. f. Klin Chir.,* t. XCV, fasc. 3, juillet 1911, p. 581-594.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Stase Cæcale et Périlyphlite.*

Par M. Roger Guérin

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 12 juillet 1922.

Le Professeur,
FORGUE.

Vu :
Montpellier, le 13 juillet 1922

Le Doyen,
DERRIEN

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 15 juillet 1922.

Le Recteur,
Jules COULET.